

Art. 8º Os lotes que chegarem a vencer nos municípios, caso não seja possível/viável realizar o remanejamento prévio ou revalidação do prazo de validade, deverão ser descartados pela SMS junto com os demais medicamentos vencidos, por empresa especializada em descarte de medicamentos.

Art. 9º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 10 Esta resolução entra em vigor a partir da data da publicação.

MAURICIO SIMÕES CORRÊA
Secretário de Estado de Saúde

JOSIANE DE OLIVEIRA SILVA CORREA
Presidente do COSEMS

RESOLUÇÃO CIB/SES Nº 495, 31 DE JULHO DE 2024.

Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da 374ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 19 de julho de 2024;

Considerando o Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde (2006);

Considerando o Manual de Recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com coinfeção Leishmania – HIV no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde (2015);

Considerando o Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde (2017);

Considerando o Guia de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde (2022);

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o fluxo de acesso aos medicamentos para tratamento das Leishmanioses, no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme os Anexos I, II e III desta Resolução.

Art. 2º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor a partir da data da publicação.

MAURICIO SIMÕES CORRÊA
Secretário de Estado de Saúde

JOSIANE DE OLIVEIRA SILVA CORREA
Presidente do COSEMS

ANEXO I – FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS LEISHMANIOSES EM MATO GROSSO DO SUL

1. Disposições gerais

1.1 Os medicamentos para tratamento das Leishmanioses fazem parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

1.2 O Ministério da Saúde fará a atualização dos Manuais, Guias de Vigilância Epidemiológica, Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento (PCDTs) e demais documentos norteadores para o tratamento das Leishmanioses, bem como a aquisição centralizada dos medicamentos, a programação dos medicamentos junto à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) a distribuição dos medicamentos para a SES.

1.3 A SES/MS enviará a programação para o Ministério da Saúde, receberá os medicamentos advindos do Ministério da Saúde, receberá as solicitações dos medicamentos para tratamento das Leishmanioses das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), distribuindo conforme solicitação/demanda e disponibilidade.

1.4. As SMS realizarão a solicitação dos medicamentos prescritos à SES, receberão os medicamentos da SES e disponibilizarão de farmácia com profissional farmacêutico e com os elementos necessários para a dispensação dos medicamentos para tratamento das Leishmanioses aos pacientes.

2. Estrutura, organização e funcionamento das farmácias

2.1. As farmácias que realizam a dispensação dos medicamentos para tratamento das Leishmanioses deverão integrar o SUS, ter infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas e dispor de computador com acesso à internet para atendimento e acesso ao sistema de informação que faz o registro das dispensações.

2.2. Para dispensar medicamentos e insumos termolábeis, as farmácias deverão dispor de cadeia de frio para o adequado armazenamento destes.

2.3. Preferencialmente, deverão contar com área destinada ao atendimento individual para dispensação orientada.

2.4 A farmácia deverá dispor de farmacêutico responsável técnico, bem como equipe de apoio, devidamente

treinada e capacitada, de acordo com a necessidade de cada farmácia.

3. Solicitação dos medicamentos para tratamento das Leishmanioses

3.1. As solicitações dos medicamentos para tratamento das Leishmanioses deverão ocorrer de acordo com a demanda.

3.2. Os medicamentos que compõem o elenco disponível para solicitação à SES/MS são: Desoxicolato de Anfotericina B 50mg, Anfotericina B Lipossomal 50mg, Antimoniato de Meglumina 300mg/mL, Miltefosina 50mg, Isetionato de Pentamidina 300mg e Pentoxifilina 400mg.

3.2.1. As prescrições deverão seguir a Denominação Comum Brasileira (DCB) e serem oriundas de serviços públicos de saúde.

3.3 Os medicamentos, com exceção da miltefosina, deverão ser solicitados através do link de formulário eletrônico: <https://forms.gle/uv5Mvg6mHVuDtjeQA>.

3.4. Deverão ser anexados ao formulário eletrônico, a prescrição médica, o resultado do exame do paciente e a ficha de Notificação – SINAN.

3.4.1. Para solicitação dos medicamentos Anfotericina B Lipossomal e Desoxicolato de Anfotericina B deverão ser anexados ao formulário eletrônico a Ficha de solicitação de Anfotericina B Lipossomal e Ficha de solicitação de Desoxicolato de Anfotericina B, respectivamente, conforme Anexo II. Estes formulários estão disponíveis no site da SES – Assistência Farmacêutica no endereço: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmacaceutica-basica/assistencia-farmacaceutica-basica-e-estrategica-solicitacao-de-medicamentos/>.

3.5 Se o medicamento prescrito for a miltefosina, a solicitação deverá ser realizada através do link de formulário eletrônico: <https://forms.gle/XB1DyEr8wSkxVYbRA>.

3.5.1. Por se tratar de medicamento de Controle Especial (lista C1), o profissional prescritor deverá seguir o disposto na Portaria SVS/MS nº. 344/98 e devidas atualizações.

3.5.2. Deverá ser anexado ao formulário eletrônico de solicitação de miltefosina, o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para Homens em qualquer idade, ou o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento para mulheres menores de 55 anos de idade, conforme o enquadramento do paciente (anexo III). Estes termos estão disponíveis no site SES – Assistência Farmacêutica, no endereço: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmacaceutica-basica/assistencia-farmacaceutica-basica-e-estrategica-solicitacao-de-medicamentos/>.

3.5.3 Quando no ato da dispensação for identificada a possibilidade de sobra do medicamento, em razão do fator de embalagem, deverá ser anexado o Termo de Devolução (anexo IV), disponível no site da SES – Assistência Farmacêutica, no endereço: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmacaceutica-basica/assistencia-farmacaceutica-basica-e-estrategica-solicitacao-de-medicamentos/>.

3.6 As prescrições e a situação clínica do paciente deverão estar em consonância com os critérios de elegibilidade estabelecidos nos Manuais e demais documentos técnicos norteadores, publicados pelo Ministério da Saúde.

4. Autorização e Distribuição dos medicamentos para tratamento de Leishmanioses

4.1 A autorização ocorrerá conforme avaliação conjunta das áreas técnicas de Assistência Farmacêutica e Zoonoses da SES/MS.

4.2. Após a autorização pelas áreas técnicas responsáveis, o solicitante receberá por e-mail o número da solicitação, o qual deverá ser informado na retirada no endereço da Logística Farmacêutica estadual, após o prazo de 48hs do pedido. Ainda, é possível retirar o medicamento solicitado no Núcleo Regional de Saúde (NRS) de referência, a depender da situação.

4.3 Caso seja uma solicitação urgente, esta situação deverá ser informada e justificada no campo "OBSERVAÇÃO" do formulário eletrônico.

4.3.1. Nos casos de urgência, o medicamento estará disponível para ser retirado na Logística Farmacêutica em Campo Grande ou no NRS em até 12h após a autorização.

4.3.2. Nos casos de urgência nos fins de semana e feriados, após a autorização, a Logística Farmacêutica entrará em contato com o requisitante pelo telefone informado na solicitação para alinhamento da entrega do (s) medicamento (s).

4.4. No caso de não autorização do pedido, a área técnica da Assistência Farmacêutica enviará um e-mail ao requisitante com as justificativas e solicitações de correções, se necessário.

5. Dispensação dos medicamentos para tratamento de Leishmanioses

5.1. Para a dispensação dos medicamentos ao paciente, este ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, apresentará junto à farmácia um documento de identificação próprio e também a cópia do documento do usuário do medicamento.

5.2. As dispensações deverão ser registradas nos sistemas de gestão da assistência farmacêutica municipal.

5.3 A dispensação de medicamentos deverá considerar os critérios de elegibilidade definidos pelos manuais e guias do Ministério da Saúde.

5.4 O tratamento deve ser realizado em centros de nível de atendimento primário, secundário ou terciário, dependendo da condição clínica do paciente, do tratamento indicado e da gravidade do quadro da doença.

5.5 A quantidade máxima de medicamentos a ser dispensada é para atender até 30 dias de tratamento. Quando o tempo de tratamento for superior a 30 dias, deverá ser feita nova solicitação via formulário eletrônico.

6. Disposições finais

6.1 Sempre que houver necessidade, este Fluxo de acesso aos medicamentos para tratamento de Leishmanioses, bem como os formulários de solicitação de medicamentos, serão atualizados.

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000
 Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153
 E-mail: leishmanioses@saude.gov.br

Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:

- () Leishmaniose visceral () Leishmaniose tegumentar difusa
 () Leishmaniose tegumentar cutânea () Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: ____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Exame Clínico:

- () Febre () Diarreia () Arritmia cardíaca
 () Esplenomegalia () Icterícia () Vômitos
 () Hepatomegalia () Fenômenos hemorrágicos () Dispneia
 () Palidez () Edema localizado () Outros: _____
 () Desnutrição grave () Edema generalizado

Doenças associadas:

- () Ausente () HIV/AIDS
 () Doença renal () Infecção bacteriana. Especificar: _____
 () Doença cardíaca Outras: _____
 () Doença hepática

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV Virgem de tratamento Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____ mg/Sb+5/kg/dia nº de doses: _____ nº de esquemas: _____

 Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____ mg/kg/dia nº de doses: _____ nº de esquemas: _____

 Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____ mg/kg/dia nº de doses: _____ nº de esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAISHemácias: _____ x10⁶ AST/TGO: _____ U/L Globulina: _____ g/dL

Hematócrito: _____ % ALT/TGP: _____ U/L Ureia: _____ mg/dL

Hemoglobina: _____ g/Dl Bilirrubina total: _____ mg/dL Creatinina: _____ mg/dL

Plaquetas: _____ mm³ Bilirrubina direta: _____ mg/dL CD4+: _____ cél.Leucócitos: _____ mm³ Ativ. de protrombina: _____ % (Exclusivo para realizaçãoNeutrófilos: _____ mm³ Albumina: _____ g/dL De profilaxia em pacientesOutros: _____
Coinfectaos)**EXAME PARASITOLÓGICO:** Data do exame: ____/____/____Aspirado de medula: Positivo Negativo Outro: _____ Positivo Negativo**EXAME SOROLÓGICO:** Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ Positivo Negativo**OUTROS EXAMES (Ex: PCR)** _____ Data do exame: ____/____/____**CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL** Idade menor que 1 ano Idade maior que 50 anos Insuficiência renal Insuficiência hepática Insuficiência cardíaca Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos; Intervalo QT corrigido maior que 450 ms Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV Infecção pelo HIV (tratamento) Infecção pelo HIV (profilaxia secundária) Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____ Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____ Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV Gestantes Escore de gravidade clínico $\geq 4^1$ Informar valor: _____ Escore de gravidade clínico-laboratorial $\geq 6^1$ Informar valor: _____**Dose prescrita:** _____ mg/kg/dia **Dias de tratamento** _____ **Número de ampolas:** __________
(Assinatura e carimbo do médico)¹ Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral : recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561

Ficha de solicitação de desoxicolado de anfotericina B para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____ / ____ / ____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____ / ____ / ____

Forma clínica:

- Leishmaniose visceral Leishmaniose tegumentar difusa
 Leishmaniose tegumentar cutânea Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: ____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):**Início dos sinais e sintomas:** ____ / ____ / ____

Exame Clínico:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Edema localizado | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição grave | <input type="checkbox"/> Edema generalizado | |

Doenças associadas:

- Ausente HIV/AIDS
 Doença renal Infecção bacteriana. Especificar: _____
 Doença cardíaca Outras: _____
 Doença hepática

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

- Virgem de tratamento

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____mg/Sb+5/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas:

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas:

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____x10⁶ Neutrófilos: _____mm³ Ativ. de protrombina: _____%

Hematócrito: _____% AST/TGO: _____U/L Albumina: _____g/dL

Hemoglobina: _____g/dL ALT/TGP: _____U/L Globulina: _____g/dL

Plaquetas: _____mm³ Bilirrubina total: _____mg/dL Ureia: _____mg/dL

Leucócitos: _____mm³ Bilirrubina direta: _____mg/dL Creatinina: _____mg/dL

Outros: _____

EXAME PARASITOLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

Aspirado de medula: () Positivo () Negativo Outro: _____ () Positivo () Negativo

EXAME SOROLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ () Positivo () Negativo

OUTROS EXAMES (Ex: PCR) _____ Data do exame: ____/____/____

CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

() Idade menor que 1 ano (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Idade maior que 50 anos (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Insuficiência renal

() Insuficiência hepática

() Insuficiência cardíaca

() Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;

() Intervalo QT corrigido maior que 450 ms

() Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT

() Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

() Infecção pelo HIV (tratamento) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Infecção pelo HIV (profilaxia secundária) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____ (**critério exclusivo para L. visceral**)

() Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____ (**critério exclusivo para L. visceral**)

() Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

() Gestantes (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Escore de gravidade clínico $\geq 4^1$ Informar valor: _____ (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

() Escore de gravidade clínico-laboratorial ≥ 6 Informar valor: _____

Dose prescrita: _____mg/kg/dia **Dias de tratamento** _____ **Número de ampolas:** _____

(Assinatura e carimbo do médico)

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado: _____ sob o número _____ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____ do sexo masculino feminino com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informe *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos e que não provoca aborto*. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco do remédio.
5. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente ou Serviço de Saúde para que seja providenciada a sua inutilização.
6. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº: _____

Órgão Expedidor: _____ residente na rua: _____

Cidade: _____ Estado: _____ e telefone: _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável pelo (a) paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado
_____ sob o número _____ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento da
paciente _____ do sexo feminino com idade de _____
anos completos, com diagnóstico de _____
para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informe *verbalmente* a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de MILTEFOSINA tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Explique *verbalmente* que, como a MILTEFOSINA pode ficar no corpo durante 4 (quatro) meses após o tratamento e pode ainda assim causar defeitos em bebês, ela deve aguardar o fim desse período antes de tentar engravidar, mantendo o uso de métodos contraceptivos.
3. Informe *verbalmente* à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Constatai, por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

Data do Teste: ____/____/____ Resultado: _____
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____
6. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:

Métodos anticoncepcionais em uso: _____ Data do Início: _____
_____ Data do Início: _____

Procedimento de esterilização definitiva: Qual? _____ Data: ____/____/____
7. Informe à paciente que o seu parceiro, mesmo que ele seja vasectomizado, deve usar preservativo durante as relações sexuais ocorridas durante o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término do tratamento, quando este for o método de contracepção de barreira eleito.
8. Solicite à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
9. Informe *verbalmente* à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
10. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
11. Certifiquei-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pela paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº _____
Órgão Expedidor _____ residente na rua _____
Cidade _____ Estado _____ e telefone _____
recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 2, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitada de locomoção:
Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável
pela paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou
ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO IV

TERMO DE DEVOLUÇÃO

Data do registro: __/__/__

UF: _____

Município: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PREENCHEDOR

Nome: _____

Lotação: _____

Cargo/ Função: _____

Telefone: () ____ - ____

e-mail: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DISPENSADORA

Nome: _____

CNPJ: _____

Farmacêutico Responsável: _____

CRF: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

RG: _____

RESOLUÇÃO CIB/SES Nº 496, 31 DE JULHO DE 2024.

Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da 374ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 19 de julho de 2024;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 532, de 27 de abril de 2023, que altera o art. 35 do Anexo XXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017 para dispor sobre os locais de entrega dos medicamentos insulina humana NPH e insulina humana regular de aquisição centralizada e respectivas agulhas para a apresentação caneta, no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF);

RESOLVE:

Art. 1º Pactuar a ampliação do local de entrega dos medicamentos insulina humana NPH e insulina humana regular e agulhas para a apresentação caneta, de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde no âmbito do Componente Básico de Assistência Farmacêutica, para a capital do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande.

§ 1º A ampliação dos locais de entrega desses medicamentos e agulhas para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campo Grande visa agilizar o recebimento e distribuição

Art. 2º O Ministério da Saúde realizará tão somente a entrega das insulinas humanas NPH e regular 100 UI/